A dor do parto: emoção, corpo e maternidade no Rio de Janeiro

Childbirth pains: emotion, body and motherhood in Rio de Janeiro

Claudia Barcellos Rezende
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Brasil

Em seu relato de parto, Carla contou que ao chegar a oito centímetros de dilatação, achou que ia "morrer" de dor. Como ela, outras mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro narraram sua experiência da dor no parto, algumas com muita intensidade, outras menos, sem, contudo, ver nesta vivência um sofrimento. De início, busquei entender como as referências à dor revelavam percepções do corpo e sua relação com a subjetividade, compreendidas como culturalmente formadas. Ao longo deste trabalho de análise, percebi que a menção à dor não falava apenas de uma sensação física individual, mas envolvia sempre suas relações com a equipe médica e com a maternidade. Neste sentido, tal como proposto por Bourke (2014), vejo a dor como evento, enquanto uma maneira de descrever de que modo sensações físicas ou emotivas são vivenciadas em interação com outros, em um contexto sociocultural específico.

A dor no parto tem recebido atenção de diversos estudos antropológicos, que falam tanto de olhares dos profissionais de saúde (Russo *et al.,* 2019; Salem, 2007) quanto das experiências de mulheres (Carneiro, 2015b; Pulhez, 2013). Pode estar articulada ao sofrimento e trauma, tornando-se motivo para a mobilização política por direitos. Pode ser passível de se transformar em prazer, como preconizam certas correntes a favor do parto vaginal natural. Neste artigo, examino como as referências à dor remetem a negociações das mulheres consigo mesmas e com outras pessoas, destacando-se sua agência em construir sentido desta experiência.

Análises recentes sobre dor e sofrimento (Bourke, 2014; Carneiro, 2015b; Ferreira, 2010; Le Breton, 2013; Sarti, 2001) buscam se afastar de visões dualistas sobre o corpo e o abordam a partir de uma perspectiva fenomenológica. Como propõe Csordas (2008), o corpo não deve ser visto como um objeto a ser estudado, mas como sujeito da cultura e sua base existencial, seu meio de inserção no mundo

social. Se o corpo pode ser objetificado através de processos de reflexão, em termos vivenciais é sujeito de percepção e ação implicando atitudes reflexivas e pré-objetivas. Esses comportamentos não estão "fora" da cultura, uma vez que toda experiência é intersubjetiva, e o mundo habitado é culturalmente específico.

Neste sentido, a dor é uma experiência ao mesmo tempo física e emotiva, que afeta a totalidade do indivíduo (Le Breton, 2013; Sarti 2001). A dimensão afetiva está imbricada na experiência corporal, misturando-se sensação e sentimento. Ao mesmo tempo em que é particular, a dor mostra o enraizamento da realidade corporal nos esquemas simbólicos de cada sociedade. Recebe diferentes interpretações culturais possíveis em torno do corpo, do modo de aliviá-la e de expressá-la. Por isso, Bourke diferencia situações de dor das experiências dolorosas, estando estas na base da dor como evento (2014, p.16). A diferença de gênero atribui a homens e mulheres formas distintas de manifestá-la, aponta Sarti (2001), acrescentando a ela também outros fatores como idade e classe social[1]. A dor pode ser involuntária ou produzida pelo sujeito, recebendo significados diversos que a tomam como meio de educação ou punição (Le Breton, 2013) ou dimensão importante de uma experiência consentida, como na tatuagem e piercing (Ferreira, 2010). É também muitas vezes parte de rituais de passagem, que sinalizam a entrada em diferentes etapas do ciclo biológico (Sarti, 2001). O parto, por exemplo, marca não só o nascimento de uma pessoa como também a transformação da mulher em mãe. A dor no parto então integra esse momento de mudança, podendo adquirir sentidos diversos, como orgulho e superação, trauma e violência.

Neste artigo, então, examino como a dor enquanto evento põe em relevo, nas narrativas de parto, a articulação entre corporalidade, emoção e contexto social, com destaque para os atores, saberes e valores em torno da medicalização e da maternidade. Busco analisar a emoção em discurso, cujos sentidos variam contextualmente, o que não significa esquecer que é um afeto vivido no corpo, ação e reação que envolve toda a pessoa (Abu-Lughod; Lutz, 1990). As emoções integram a subjetividade enquanto modos culturalmente formados de pensar e sentir, constituindo a agência baseada em desejos e intenções específicos (Ortner, 2007). Argumento, assim, que a dor nas narrativas remete a uma percepção de si e de seus limites atravessada pelo gênero, em um contexto de medicalização do parto.

Esta análise se baseia em narrativas de parto obtidas através de entrevistas com mulheres brancas heterossexuais no Rio de Janeiro[2]. Entrevistei sete mulheres com idades entre 60 e 70 anos e nove mulheres com idades entre 37 e 47 anos. Elas têm

formação universitária e ocupações como profissionais liberais (médica, psicóloga, arquiteta), artistas (musicista e dançarina) e servidoras públicas (professora universitária, economistas e administradoras de empresas estatais). As mulheres jovens são todas casadas e entre as mais velhas, duas são divorciadas. Todas são usuárias do sistema privado de saúde no Brasil e tiveram partos hospitalares. Todas as entrevistadas desejaram a gestação, embora entre as mais velhas tenha havido pouco planejamento para engravidar. Algumas tiverem partos normais, outras fizeram cesáreas. As mais velhas tiveram em média três filhos e as mais novas, dois. As entrevistas integram uma pesquisa comparativa com o intuito de analisar como duas gerações distintas falam sobre seus partos. Ainda que um grupo tenha vivenciado seus partos há mais de trinta anos e outro nos últimos cinco anos, a ação seletiva da memória se faz em função de preocupações presentes (Halbwachs, 1990), e a proposta da pesquisa é contrastar narrativas de experiências de parto anteriores aos movimentos de humanização do parto às atuais, que mesmo variadas têm como pano de fundo estes debates.

Os debates mais amplos sobre a humanização do parto, difundidos a partir da década de 1990 e críticos das altas taxas de cesáreas e de uma série de procedimentos médicos rotineiros, contextualizam as narrativas. As mulheres mais jovens tiveram seus partos nos últimos cinco anos e trazem em seus relatos, elementos desta discussão. Dessas nove entrevistadas, cinco tiveram pelo menos um de seus partos com médicos adeptos do ideário humanizado. Apenas uma dessas se informou via sites sobre humanização e buscou intencionalmente um parto nestes moldes; as demais queriam sobretudo um médico com sólida reputação de fazer partos vaginais. A geração mais velha, que teve filhos na década de 1970 e 1980, assistiu ao início dos grupos de gestantes, influenciados pelo movimento do "parto sem dor". Como todas são avós, compararam suas experiências com os partos recentes de suas filhas e noras, referindo-se principalmente às mudanças na relação médico-paciente. As histórias foram narradas para mim, pesquisadora de geração intermediária às duas pesquisadas e conhecida da maioria delas. Sou também mãe, o que todas sabiam e que afetou suas narrativas. As entrevistas aconteceram em suas casas, muitas vezes com os filhos pequenos presentes, ou em cafés e locais de trabalho. A diferença entre esses espaços não interferiu no maior ou menor detalhamento dos relatos. Como leram e assinaram um termo de consentimento livre, essas mulheres foram apresentadas brevemente aos objetivos da pesquisa, criando assim um contexto para suas falas e, para as mais velhas, dando um tom comparativo aos seus

relatos. Ressalto, portanto, que as narrativas analisadas foram elaboradas em uma relação intersubjetiva específica, em um momento e um local particulares.

Maternidade, parto e dor

Nas camadas médias, a maternidade vem sendo vivenciada, nas últimas décadas, como escolha (Almeida, 1987; Barros et al, 2009; Salem, 2007; Scavone, 2001), dividindo a importância com a realização profissional. Apresenta-se cada vez mais como projeto conscientemente elaborado, contrastando com uma maior naturalização deste papel pelas gerações anteriores. Contudo, a maternidade enquanto projeto acontece dentro de um campo de possibilidades (Velho, 1981), circunscrito por significados culturais e relações sociais[3], dentre os quais me detenho no contexto de medicalização do corpo, entendida como um conjunto de práticas, saberes e poderes que regulam o corpo, ao mesmo tempo em que formam modos de subjetivação que levam os sujeitos a agirem sobre si próprios (Foucault, 2012; Rabinow; Rose, 2006).

Ao longo do século XX, a gravidez em todas as idades passou a ser experimentada enquanto um estado corporal patologizado, como examina Chazan (2007), que precisa ser monitorado por profissionais de saúde, por meio de consultas e exames regulares. Por exemplo, a ultrassonografia obstétrica, ao mesmo tempo em que pode ser vivenciada como um espetáculo prazeroso compartilhado pela família, é um modo de vigilância e produção de verdades. Se antes as parteiras assistiam e cuidavam do parto, ele torna-se igualmente patologizável, sob a égide do controle médico. A hospitalização do parto cristaliza esta ótica do monitoramento médico, segundo um modelo tecnocrático nos termos de Davis-Floyd (1993), com o uso de procedimentos padronizados e eficientes para estipular uma duração ideal. A medicalização do parto nestes moldes recebe significados distintos, seja como sinal de modernidade para camadas baixas que nem sempre tiveram acesso a hospitais (McCallum; Reis, 2008), ou como objeto de crítica pelos movimentos de humanização do parto.

Surgidos na década de 1990 no Brasil, esses movimentos criticam este modelo tecnocrático, que levou o país a ter altas taxas de cesáreas, fora dos parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde. Além disso, mesmo nos partos vaginais, condena-se o uso rotineiro de intervenções médicas vistas como desnecessárias, tais como a indução do parto com ocitocina e a realização da episiotomia, e a assimetria na relação médico-paciente, na medida em que os obstetras as

impõem às parturientes. Neste ideário, apresenta-se em geral a visão de um corpo feminino "naturalmente" preparado para parir (Carneiro, 2015ª; Diniz, 2005; Tornquist, 2002)[4], prescindindo, portanto, de tantos procedimentos médicos. Por isso a importância é dada ao protagonismo das mulheres, que devem ser ativas em todo o processo e cujas escolhas devem ser respeitadas.

Contudo, a humanização do parto permanece dentro de uma perspectiva medicalizada. Mesmo que esta proposta enfatize o empoderamento da mulher, o parto humanizado ainda inclui, quando não obstetras, obstetrizes bem como outros profissionais da saúde, como doulas, psicoterapeutas, fisioterapeutas e outros. Ancorado em uma medicina baseada em evidência, Chazan ressalta que, nesses movimentos, formam-se "redes de monitoramento do poder, nas quais todos são capturados por meio do conhecimento, da subjetivação da gravidez e do parto e da participação ativa nesses eventos" (2007, p. 40). O olhar normalizador da medicina discutido por Foucault constitui, portanto, estas experiências; e as negociações com médicos obstetras, hospitais e planos de saúde dão contornos específicos aos projetos de maternidade.

O parto vaginal humanizado vem se tornando alvo de desejo de mulheres de camadas médias e trabalhadoras (Carneiro, 2015a; Dias, 2016; Hirsch, 2015), tanto por conta da ideia de uma natureza feminina a ser vivenciada de forma mais intensa, quanto por um respeito maior da equipe médica e do protagonismo feminino no trabalho de parto. Uma vez que a gestação já vem sendo considerada parte da maternidade (Layne, 2006; Rezende, 2011, 2018), auxiliada pela ultrassonografia obstétrica que transforma o feto em pessoa (Chazan, 2007), este evento deixa de ser um rito de passagem, como em outras gerações (Almeida, 1987; Salem, 2007), para ser valorizado enquanto experiência física e emocional da mulher.

Carneiro, em sua etnografia sobre grupos de preparação para parto mais natural, destaca que a centralidade da experiência do parto, para o qual se prepara ao longo da gestação, remete a uma busca pela intensidade que nem sempre está associada à maternidade (2015a, p. 170). Este desejo por uma vivência corporal intensa pode estar associado à valorização do fisicalismo, traço do ideário ocidental moderno como argumenta Duarte (1999). Este constitui uma teoria da pessoa que considera "a corporalidade humana como dotada de lógica própria, que deve ser descoberta e que tem implicações imediatas sobre a condição humana" (Duarte, 1999, p. 25). O fisicalismo integra assim o dispositivo de sensibilidade, que se caracteriza pela busca do autoaperfeiçoamento contínuo através da experiência ancorada na sensi-

bilidade emocional e física.

Neste contexto de maternidade escolhida e parto vaginal desejado, a dor adquire lugares variados. Em sua pesquisa, Carneiro (2015b) mostra como a dor pode ter acepções distintas para as mulheres estudadas, singularizando-as ao pôr em relevo vivências particulares do parto e da maternidade. Problematizando a visão de que parir dói necessariamente, ela argumenta que, para ser sentida, a dor física seria atravessada pelo sofrimento social, que surge especialmente nos casos de violência obstétrica, quando a parturiente vivencia imposições médicas ou atos que lhe são desrespeitosos. O que é considerado falta de respeito ou de direito pode variar de mulher para mulher, como por exemplo quando a anestesia é aplicada contra a sua vontade ou, ao contrário, ao ser recusada se solicitada. A cesárea indesejada pode produzir sofrimento, ao passo que para outras, é escolhida porque "não querem sofrer, não querem sentir dor" (Carneiro, 2015b, p. 104).

A articulação entre dor e sofrimento pode levar à mobilização por direitos, como discute Pulhez (2013) a partir de relatos de parto publicados no Facebook. O sentimento de dor aparece quando as mulheres comentam intervenções médicas no parto praticadas contra sua vontade. Nestes casos, criam-se traumas, sofrimentos e a sensação de experimentarem "violência obstétrica". O termo, como apontam Pulhez e Carneiro, não indica um procedimento específico visto como violento, mas sim a ideia de ir contra o direito de escolha em torno de onde e como parir. Neste sentido, o movimento contra a violência obstétrica busca mudar a visão do parto como experiência dolorosa.

Esta mudança também é o objetivo preconizado pelos modelos de preparação para "um parto sem dor", surgidos na década de 1980 e estudados por Salem (2007). Naquele momento, as teses dos médicos Leboyer, Odent e Kitzinger argumentavam, por caminhos distintos, que a dor não era um fenômeno necessário no parto, resultando de medos e imagens negativas incutidas pela sociedade. A falta de conhecimento da mulher de sua fisiologia contribuiria para uma postura passiva que produzia sofrimento. Com a preparação dos grupos, apoiada em uma "reeducação física e psíquica da gestante" (Salem, 2007, p. 54), era possível ter um parto sem dor e sem recorrer a medicamentos.

Mais recentemente, como argumenta Russo *et al.* (2019), alguns sites a favor do parto humanizado têm apresentado uma visão distinta da dor. Partindo da concepção de que o corpo feminino está naturalmente preparado para parir, ressalta-se o papel dos hormônios no momento do parto, que possibilitam transformar a dor

em prazer. Encoraja-se, assim, a mulher a se entregar à experiência plenamente, pondo de lado o controle de si. O parto se torna, portanto, uma vivência corporal intensa, através da qual a mulher se conecta ao bebê, sendo a dor não apenas parte integrante dela, mas meio de organizá-la. Neste contexto, separa-se a dor, valorizada, do sofrimento, que é moral e ocorre quando à mulher é imposto algum procedimento sem o seu consentimento.

A dor ocupa lugares distintos nas narrativas das duas gerações de mulheres pesquisadas, que se diferenciam também por percepções e práticas articuladas a mudanças nas relações conjugais, familiares e com o médico obstetra. Para as entrevistadas mais velhas, de um modo geral, as primeiras gestações, embora desejadas, as surpreenderam quando tinham vinte e poucos anos, eram recém-casadas e estavam em seus cursos universitários. Seus maridos acompanharam-nas ao hospital, mas poucos estiveram presentes na sala de parto. Suas mães figuram pouco nos relatos, às vezes aparecendo depois do parto para ajudar no cuidado dos bebês. São narrativas mais objetivas e curtas, quando comparadas aos relatos das mulheres mais jovens, contadas em sua maioria na primeira pessoa do singular. Nas primeiras gestações, todas quiseram ter parto vaginal, considerado o "parto normal" na época. Entre as sete mulheres entrevistadas, apenas duas buscaram se preparar de alguma forma para o parto – uma através da leitura de livros e outra frequentando um grupo de gestantes, que era novidade no Rio de Janeiro. Muitas contaram experiências complicadas por conta de decisões do obstetra no momento do parto feitas sem consultá-las, apontando assim uma relação assimétrica com o médico. A indução do trabalho de parto através de ocitocina sintética, a administração de anestesia geral e o recurso a fórceps ou extrator a vácuo eram procedimentos comuns, que foram usados e desaprovados, levando muitas a mudar de obstetra na gestação seguinte. O parto foi o momento também em que "conheceram" o bebê, cujo sexo a maioria não sabia e cujo nome foi decidido após seu nascimento. Foi para elas o início da maternidade.

As narrativas das mulheres mais jovens são mais longas e recheadas não só com eventos e comentários como também com sentimentos e avaliações. A gravidez e o parto desejado foram planejados pelo casal após alguns anos de casados, quando as mulheres já tinham mais de trinta anos de idade. Nos relatos, foi comum o uso da primeira pessoa do plural, não só para falar da gestação, mas também do parto, que contou com a participação ativa dos maridos. Para tanto, prepararam-se com informações de livros e sites de internet ou frequentando grupos de gestante. Figura importante nos relatos, o obstetra foi selecionado a partir de recomendações de

parentes e amigos, em muitos casos por conta de sua reputação favorável ao parto vaginal, mesmo que não aceitassem plano de saúde, como foi o caso de algumas entrevistadas. Ainda que as mães apareçam bastante em suas histórias, as escolhas médicas muitas vezes se contrapunham às suas opiniões, tendo sido decididas pelo casal. Muitas tiveram partos humanizados, alguns sem anestesia ou episiotomia, nos quais tudo foi debatido e negociado com elas. Todas conseguiram o parto escolhido – algumas fizeram cesárea na primeira gravidez e depois realizaram parto vaginal – e seus filhos nasceram bem. As dificuldades ou problemas mencionados surgiram em geral de imprevistos na evolução do trabalho de parto, do comportamento médico ou da equipe de profissionais do hospital, devido a regras pré-estabelecidas. Com exceção de uma mulher que preferiu não saber o sexo do bebê, as demais já sabiam se esperavam menino ou menina, nomeados desde o início da gestação e referidos assim ao longo das narrativas. Para estas, a maternidade em geral já começara na gravidez.

A seguir analiso mais detidamente o modo como a dor aparece nas histórias de quatro mulheres: Martina e Márcia[5], que tiveram filhos na década de 1980, e Júlia e Carla, cujos filhos nasceram na década de 2010. Martina, Márcia e Carla tiveram dois filhos, de modo que narram seus partos de forma comparativa. Os relatos foram abreviados para destacar as menções à dor, mas cobrem a evolução de cada um dos partos relatados. Ainda que cada história seja particular, estas quatro narrativas trazem elementos comuns às outras mulheres estudadas.

A dor esperada e a dor sofrida

> Martina teve seu primeiro filho no Uruguai em 1980. Estava em casa tranquila quando sua bolsa rompeu. Ao chegar no hospital, sentiu que o bebê já estava saindo. Conta ela: "quando cheguei já tava com 10, imagina! Foi o tempo de descer, tomei um banho, desci e tínhamos carro e fomos de carro até o hospital. Mas cada vez que freava ou que passava por um buraco e tal, eu sentia que o neném ia sair". Enquanto esperava o médico chegar, tinha medo que o bebê caísse no chão e estava fazendo força para segurar, ao invés de empurrar. Quando foi para a sala de cirurgia, o médico disse que faria uma episiotomia e o bebê nasceu com muita facilidade, após dois puxos apenas. O mais difícil para ela neste primeiro parto foi a rapidez do trabalho de parto e a ida para o hospital com contrações que pareciam "um cavalo que se lança a toda", com medo do bebê sair antes da hora. Martina compara a assistência no segundo parto, feito no Rio de Janeiro em 1983, com um médico que ela considerou mais atencioso do que o obstetra uruguaio. O acom-

panhamento hospitalar foi mais sofisticado em termos de aparelhagem. O bebê estava encaixado mas tinha o cordão umbilical em volta do pescoço. Como ela não queria cesárea, o médico disse: "bom, você vai aguentar e eu vou tentar tirar o cordão...". Ele botou a mão dele... (gesticulou, como enfiando a mão dentro dela) e foi terrível!!" Depois recebeu anestesia e foi parto normal. "De qualquer maneira foi muito mais sofrido que o primeiro parto, porque o primeiro parto não senti!" (63, fisioterapeuta).

Márcia teve seu primeiro filho por cesárea em 1979, mesmo tendo frequentado um grupo de gestante e ter entrado em trabalho de parto. Ela conta que seu médico estava viajando e o assistente, que ela não conhecia, viu que ela tinha pouca dilatação. Resolveu então botar um ocitócito na veia. Ela comenta: "O quê que aconteceu? Aumentaram as contrações e a dilatação parou. E aí a dor foi aumentando e foi insuportável, eu fui ficando desesperada. Porque a lógica assim... que você aumenta a contração, se não tem dilatação, fica uma contração que a dor é muito mais intensa, porque quando tem dilatação, a dor com a abertura vai... não tinha arrebentado a bolsa d´água também". Depois de algum tempo, acharam que o bebê, que tinha circular de cordão, estava entrando em sofrimento fetal e decidiram fazer uma cesariana. "Eu já tava pedindo uma cesariana porque a dor tava muito grande". O bebê nasceu bem mas para ela, "foi muito ruim porque minha crítica é assim, ele botou o ocitócito muito cedo, numa dose alta, coisa que não se deve fazer". Na segunda gestação, dois anos depois, mudou de obstetra e combinou com ele que tentariam ter um parto normal. O início de trabalho de parto foi calmo – ela estava sentindo um pouco de cólica mas estava trabalhando ainda. Foi para o hospital, as contrações aumentaram e "chegou um certo momento assim foi rápido, de sete e pouco e ele nascer às dez, foi bem rápido. E foi muito bom! Aí o assistente cortou o cordão umbilical, o médico botou ele aqui em cima de mim no peito e... eu fiquei muito feliz". Sua única ressalva foi ter ficado tensa ao final por conta da dor das contrações e pelo fato de que, com a sua autorização, estava sendo assistida por vários estudantes de medicina...(63, psicóloga).

Martina e Marcia falam de seus trabalhos de parto a partir do momento em que foram para o hospital. Nos seus relatos, destacam aspectos objetivos como a dificuldade de avisar o médico, a ida de carro para o hospital com o marido e as interações uma vez lá. Os aspectos corporais dividem a atenção delas. Martina destaca, no primeiro parto, a rapidez e a intensidade das contrações e a sensação de que o bebê podia sair a qualquer momento e, no segundo, a dor sentida pelo procedimento do médico. Marcia fala da dor nas contrações por conta da indução

com ocitocina e, no segundo parto, da sua tranquilidade e do fato de só sentir um pouco de cólica.

A menção a dor nos dois relatos é mais rápida, comparado às narrativas das mulheres mais jovens que analiso abaixo. Martina não fala na dor das suas contrações, o que não significa que elas não doessem. O que ela enfatiza é o medo e a aflição com a rapidez da evolução do trabalho de parto. Mesmo no hospital, quando ainda esperava seu médico chegar, ela ressalta como tinha que fazer força para segurar o bebê. No seu segundo parto, a dor aparece somente no momento em que seu obstetra faz uma manobra para retirar o cordão umbilical que enrolava o bebê.

Márcia se estende um pouco mais na dor no seu primeiro trabalho de parto, destacando que teve problemas na dilatação e a falta de relação com o médico assistente. Atribui a dor forte que sentiu ao uso do ocitocina, que acelerou as contrações sem produzir a dilatação esperada. No segundo parto, menciona rapidamente a dor das contrações ao final, quando contou que estava sendo assistida por uma turma de estudantes. Foi o único momento de tensão em um parto que ela qualifica como muito bom.

Martina considerou seu segundo parto mais sofrido, por conta da intervenção do médico feita sem nenhuma anestesia. Embora tenha sido um obstetra mais atencioso ao longo da gestação, para não fazer uma cesárea, ele disse que ela teria que "aguentar" a dor da manobra, que foi "terrível" para ela. Marcia qualificou a dor no primeiro parto como insuportável, o que a deixou "desesperada". Mas a categoria sofrimento apareceu somente referida ao bebê.

Nas duas narrativas, então, a dor, seja ela qualificada como sofrida ou não, surgiu referida a procedimentos médicos inesperados, no caso de Martina, ou criticados, na história de Marcia. Ambas falam de experiências marcadas por uma assimetria na relação médico-paciente, em uma época em que suas opiniões e desejos como pacientes recebiam menos atenção, do que nos relatos das mulheres com partos recentes. As contrações do trabalho de parto e mesmo o momento expulsivo não são caracterizadas a priori nos seus relatos pela sua dor. Não é ela o fio condutor das narrativas, como mostro abaixo.

A dor negociada

> Julia começou a sentir "uma colicazinha" na hora do jantar, e quando deitou, para tentar dormir, sua bolsa estourou. Ela queria esperar até de manhã, mas por conta

do ritmo de contração muito forte, seu marido e ela foram para o hospital. Como ela chegou lá com sete centímetros de dilatação, o plantonista achou que não daria tempo de seu obstetra chegar e disse que não faria o parto de cócoras que ela desejava e para o qual tinha se preparado, o que a deixou estressada. "Só que talvez por esse estresse de eu ver que não tava saindo como eu queria e tal, alguma coisa aconteceu que eu tava com a dilatação suficiente mas o Pedro meio alto, ele não desceu assim, né, então deu tempo dele [obstetra] chegar". Julia relata então uma série de interações desagradáveis – um anestesista "asqueroso" que insistia em dar anestesia, e a enfermeira querendo vesti-la quando ela queria ficar sem roupa e mesmo o obstetra que caçoava da música que ela tinha levado para ouvir. Depois de duas horas esperando o bebê descer, ela estava com muita dor – "já tava muito forte assim porque não foi um processo, foi tipo uma porrada assim" – e pediu então a anestesia. Apesar de achar o anestesista babaca, ele deu uma anestesia bem leve que permitiu que ela descansasse da dor – ela sentia as contrações, mas não sentia dor realmente. O bebê desceu e ela conseguiu ter o parto de cócoras. O obstetra insistiu para que ela fizesse uma episiotomia, que ela acatou só no final. Ela não sabe se por isso, por conta da posição ou por inabilidade médica, ela teve sérios problemas depois de recuperação (35 anos, designer).

Carla contou seus dois partos com muitos detalhes. No primeiro, as contrações começaram à noite, "ritmada e muito forte". Por conta disso, não demorou para ir para o hospital e em cada buraco que o carro passava, doía sua barriga. Quando as contrações apertaram, uma enfermeira perguntou "quantos por cento você tá sentindo de dor? Eu tava urrando de dor, eu falei 60, "nossa, só isso? Você resiste à dor", você acha que eu vou dar uma nota alta para essa fdp, "olha, você tá reclamando agora, parir não é difícil, difícil é amamentar". Ela achou o comentário horrível, mas depois deu-lhe razão. Ela tinha combinado consigo mesma e com o obstetra que não queria anestesia, salvo se a dor virasse tortura. Quando chegou a oito centímetros de dilatação, "eu comecei a ver estrela, eu achei que fosse morrer, horrível, aí eu falei pra ele "oh, agora eu quero". Foi uma analgesia que diminui a dor, que ficou suportável, mas continuava a sentir as contrações. "Quando chega na dilatação total, é quando você tem que fazer força, só que você não tem mais força, que a dor tá te tirando toda a concentração, então foi incrível que nessa hora, entre 8 e 10 de dilatação, eu respirei… me recobrei". Apesar de cansada, fez força e sua filha nasceu bem. No segundo parto, Carla entendeu o que é ter um parto realmente com anestesia. Quando estava com seis, sete centímetros de dilatação, já estava com muita dor. A jovem anestesista de plantão do hospital "fez uma cagada: paralisou minha perna esquerda, eu falei "não quero raqui, não quero raqui", ela falou "só vou botar um pouquinho", ela vai e pá, minha perna esquerda morreu e eu continuei a sentir toda a dor do universo do lado direito". Como o hospital estava cheio, ela estava numa maca e não conseguia se mexer. Como o bebê era

> grande, ela negociou com o anestesista que substituiu a outra "para não ser aquela coisinha de leve do [meu obstetra] que quer que todo mundo sinta tudo. Eu falei "não, eu quero ter um parto sem dor, sem desespero", ao mesmo tempo a minha perna foi voltando ao longo... tipo 6.30 deu esse problema... ele nasceu 9.30, 9 horas eu já tava conseguindo mexer a perna perfeitamente, e ele deu uma dosagem que eu achei perfeita. Foi assim eu senti tudo, que nem um dente que você vai fazer uma cirurgia você sente o médico lá, eu sentia tudo mas não senti dor". Mesmo com a perna anestesiada amarrada, "dentro de todo esse caos, consegui fazer a maior força, João nasceu lindo" (37 anos, socióloga).

Júlia e Carla relatam seus primeiros trabalhos de parto de forma pormenorizada. Neles, são as sensações corporais que conduzem a narrativa, acompanhadas dos detalhes práticos como a ida para o hospital, o contato com o médico. Uma vez no hospital, as interações com os profissionais de saúde passam a dividir a atenção narrativa com as sensações.

Em ambos os relatos, a dor é um elemento importante. Julia conta como suas contrações se aceleraram rapidamente, fazendo com que ela fosse para o hospital antes do que planejara. Ela havia se preparado para o parto praticando um método de respiração durante a gestação e levara para o hospital música e luz baixa para criar um ambiente especial. Lá, fica estressada com a plantonista e depois com sua equipe médica, de forma que teve dificuldade para ouvir suas músicas e respirar como planejara. Apesar das contrações rápidas e talvez por conta do estresse no hospital, o bebê demorou para descer. Depois de muitas horas com contrações fortes e sentindo dor – uma "porrada" – pede então anestesia, que era algo a que ela resistira inicialmente. Para de sentir dor, mas consegue manter força nas pernas e ter um parto de cócoras, como queria.

Assim como Julia, Carla também tenta postergar a ida para o hospital, mas as contrações ritmadas e fortes a deixaram e o marido com medo de esperar em casa. Ela havia feito ioga para gestante e sido acompanhada por uma doula, mas sua narrativa destaca sensações e emoções não esperadas. Na ida para o hospital, sentia dor ao passar em buracos. A dor é foco da interação com a enfermeira, na qual há uma negociação explícita em torno do que dói realmente. Resistiu até o ponto em que achou que ia "morrer" e pediu anestesia. Carla comenta que a dor sem anestesia vira tortura e tira a concentração da força que deveria fazer. Em outro trecho da entrevista, brinca que um parto sem anestesia não é humanizado, e sim animalizado.

Ainda sente dor, mas de forma suportável, o que contrasta com seu segundo parto. Narrando este a partir do momento em que pediu anestesia, conta os problemas que teve e enfatiza que queria um parto sem dor, sem desespero. Quando acertam a dose de anestesia, sentiu tudo, mas sem dor.

Nas duas narrativas, destaca-se a preeminência da sensorialidade no relato do parto: a identificação da contração, a percepção do seu ritmo e intensidade, a dor em diferentes graus, a força no momento final. Está ausente aqui a referência ao rompimento do períneo, o que ocorreu de forma espontânea nos dois partos de Carla e como procedimento médico em Júlia. Ainda que esta tenha tido muitos problemas posteriores por conta da episiotomia, a sensação corporal do corte ou dos pontos não foi objeto de menção nem de elaboração no seu relato.

O caráter negociado da dor também está presente nos dois relatos. Ambas se preparam durante a gestação para o trabalho de parto, que parece as surpreender em termos da intensidade das dores sentidas. Elas debatem consigo mesmas e com seus maridos o quanto aguentam antes de ir para o hospital. Negociam com a equipe médica quando tomar a anestesia e qual a dose. Ambas se deparam com visões de profissionais que as acham fracas diante da dor – o anestesista que insiste com Julia para dar logo a anestesia, a enfermeira que diz a Carla não saber o que de fato dói. Neste contexto, a experiência da dor foi tanto uma sensação corporal não esperada, que implicou também em perceber o quanto elas resistiam sem anestesia, tendo que lidar também com as pressões da equipe médica. O limite de cada uma era individual: para Julia, bastava tornar a dor suportável; para Carla, era importante não sentir dor.

Considerações finais

As narrativas de Martina, Márcia, Julia e Carla são singulares, como são também cada parto que tiveram. Mas compartilham com as outras mulheres pesquisadas não apenas aspectos de suas relações conjugais, do modo de pensar a maternidade e da experiência médica e subjetiva de parto, como também a forma como contam suas histórias. Como discuto em outros trabalhos (Rezende, 2018, 2019), as mulheres mais velhas narram seus partos de forma mais objetiva e curta, com menos adjetivos e qualificações. Já as mais jovens se debruçam sobre os detalhes de como seus partos evoluíram, o que sentiram corporalmente e emocionalmente. Se a relação com o médico dominou os relatos de ambos os grupos de mulheres, as mais velhas não se referiam ao médico pelo nome, em contraste com as mais jovens, que tendiam a chamá-los pelo

primeiro nome sem o título de doutor. Entre as mais velhas, a gravidez e o parto são marcados por pouco planejamento, sendo a maternidade um papel desejado e também era esperado. Para as mais novas, o grau de planejamento das gestações e partos sugere uma maternidade ativamente escolhida, a ser vivenciada no corpo. Longe de atribuir tais diferenças unicamente à ação do tempo e da memória, considero que elas revelam sentidos de maternidade distintos entre estas gerações de mulheres.

O modo como falam da dor em seus relatos acrescenta a estas distinções, apontando para percepções e vivências distintas da maternidade. Nos relatos de Martina e Márcia, a dor aparece de forma mais pontual, em geral para sinalizar um problema em relação a alguma intervenção médica. A associação entre contração e dor não aparece, a não ser que haja a interferência de um outro elemento – o uso de ocitocina, uma plateia de estudantes assistindo o parto. Pode-se pensar que as sensações que acontecem dentro do esperado não se tornam qualificadas como dor em suas narrativas. Para as entrevistadas desta geração, que não "conheciam" o bebê esperado na gravidez, a maternidade começava mesmo após o parto, como muitas falaram. Neste sentido, como um rito de passagem, a dor no parto não era um elemento destacado.

Nas histórias de Julia e Carla, a dor integra a experiência sensorial do parto, que é um dos fios condutores da narrativa. Perceber a dor e negociar até onde resistem é uma questão de autoconhecimento para elas, que se prepararam fisicamente para o trabalho de parto e se deparam com sensações inesperadas. Torna-se também uma negociação com a equipe médica, desvelando um debate com representações do gênero feminino como frágil diante da dor, expressas de forma explícita ou não por profissionais de saúde durante o trabalho de parto. Remetem a uma visão das mulheres como "naturalmente" mais emotivas, cujo controle da expressão das emoções seria menor (Lutz, 1990) e cuja manifestação da dor enquanto sensação e sentimento é permitida (Sarti, 2001).

Reafirma-se nas narrativas de Julia e Carla, a visão de uma maternidade corporal presente em relatos contemporâneos (Carneiro, 2015a; Russo *et al.,* 2019), a ser vivida por meio da gestação, de um parto se possível vaginal e da amamentação. Embora ambas falem de um limite de quanta dor desejam suportar, há aqui a busca de uma lógica própria à corporalidade, que integra o fisicalismo discutido por Duarte (1999), refletida na exploração dos limites de cada uma em relação à dor e na vivência do parto como um fim em si mesmo. Esta exploração de si se articula também, entre as mais jovens, à ideia de suportar a dor do parto e da amamenta-

ção pelo filho, uma concepção de maternidade como sacrifício que elas escolhem abraçar (Rezende, 2018). Em contraste, as mais velhas não viam na gestação um estágio já da maternidade, sendo o parto um meio pelo qual se tornaram mães, e a amamentação uma prática que nem todas tiveram.

Neste sentido, o sofrimento é uma categoria pouco presente nas narrativas de um modo geral. Tanto entre as mulheres mais velhas como as mais jovens, o termo quando usado se refere ao possível sofrimento do bebê no parto. A única entrevistada a adjetivar seu parto como sofrido foi Martina, referindo-se à sua segunda experiência. A manobra dolorosa do médico para tirar o cordão umbilical que enrolava o bebê chocou-se com sua postura cuidadosa ao longo da gestação. Entre as jovens, Carla comentou que no final de sua segunda gestação estava em "sofrimento materno", por conta do peso do bebê grande cujos exames de ultrassom, ademais, apontavam um possível problema renal (que não se confirmou após o nascimento). Em vários relatos de partos complicados, por conta de imprevistos, negociações difíceis com a equipe médica ou mesmo dificuldades no pós-parto, a categoria "sofrimento" não foi usada.

Retomando as propostas de Carneiro (2015b), Pulhez (2013) e Russo *et al.* (2019) de que o sofrimento surge quando se impõe à mulher algo que ela não deseja, estes relatos indicam que, apesar dos eventuais problemas, estas mulheres mantiveram em grande parte uma percepção de si enquanto agente. Entre as mais jovens, sua agência estava no planejamento da gravidez e do parto e nas negociações com seus médicos, que incluíam até onde desejavam sentir dor. Entre as mais velhas, diante de gestações e partos pouco planejados e relações mais assimétricas com seus obstetras, sua agência estava no modo de narrar suas histórias, falando pouco de dor e sofrimento[6].

Há também uma dimensão socioeconômica nesta ausência de sofrimento nas narrativas. O fato de elas serem mulheres brancas de camadas médias, usuárias de planos particulares de saúde, lhes possibilita um tratamento diferente de muitas mulheres de camadas baixas, muitas vezes negras, como aquelas estudadas por McCallum e Reis (2008) em Salvador, que tiveram que suportar a dor por não receberam a oferta de anestesia, ainda que a maternidade pública tivesse este recurso. Contrastam também com as mulheres pesquisadas por Dias (2016) e Hirsch (2015), que buscavam uma Casa de Parto no subúrbio do Rio de Janeiro, conhecida por sua adesão à humanização do parto, para serem "bem tratadas", em contraste com os frequentes maus tratos de hospitais públicos.

Neste sentido, estas narrativas falam da dor como evento (Bourke, 2014) que põe em evidência a dimensão da agência de ambos os grupos de mulheres em um parto medicalizado, contextualizado também por sentidos culturais de maternidade. Elas lidam com profissionais de saúde que intervêm sobre seus corpos, a partir de saberes cuja legitimidade elas reconhecem e em um ambiente hospitalar escolhido por elas. São mulheres que desejaram ser mães, mas para quem a maternidade aconteceu de formas distintas, em termos do grau de planejamento e de sua relação com o corpo. Neste cenário, a referência à dor aparece nos relatos ao mesmo tempo como uma sensação corporal e uma reação afetiva a situações imprevistas, pondo em questão sua agência diante da equipe médica e sua relação consigo mesma.

Recebido: 15/03/2019
Aprovado: 21/08/2019

Claudia Barcellos Rezende é doutora em antropologia pela London School of Economics e professora titular do Departamento de Antropologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Entre suas publicações estão a organização e apresentação do volume de ensaios Raça como Retórica: a construção da diferença (Civilização Brasileira, 2002), junto com Yvonne Maggie, e Cultura e Sentimentos: Ensaios em Antropologia das Emoções, com Maria Claudia Coelho (Faperj/Contracapa, 2011) e os livros Os Significados da Amizade: Duas Visões de Pessoa e Sociedade (Ed. FGV, 2002), Retratos do Estrangeiro: Identidade Nacional, Subjetividade e Emoção (Ed. FGV, 2009) e Antropologia das Emoções, em coautoria com Maria Claudia Coelho (Ed. FGV, 2010). ORCID: 0000-0003-0297-1540. Contato: cbrezende@bighost.com.br

Notas

1. O estudo de Del Monaco (2014) sobre a enxaqueca entre argentinos em Buenos Aires ilustra como homens e mulheres falam de suas vivências de modo distinto, associando a elas emoções que remetem aos estereótipos de gênero. Se para ambos a enxaqueca vem acompanhada da sensação

de perda de controle de si, mulheres relatam angústia e culpa por não conseguirem, nas crises, manter as atividades familiares cotidianas. Os homens entrevistados, por sua vez, se defrontam com emoções, como medo e choro, que confrontam estereótipos masculinos de virilidade e força.

2. Estes dados resultam dos projetos "Histórias de parto: pessoa e parentesco" e "O parto narrado: corpo, subjetividade e relacionalidade", desenvolvidos com apoio do programa ProCiência da UERJ e bolsa de produtividade do CNPq.

3. Em outro trabalho (Rezende, 2011), discuto como as relações conjugais e familiares permeiam a escolha de ser mãe.

4. De forma semelhante, em campanhas de saúde pública, a amamentação vem sendo estimulada pela ênfase dada à natureza feminina e ao corpo capaz de amamentar, ato que expressa cuidado e amor pelo filho (Cadoná; Strey, 2014).

5. Os dados biográficos das entrevistadas foram modificados, de modo a preservar seu anonimato.

6. Carson et al. (2017) argumentam, de forma semelhante, como as narrativas do parto de adolescentes canadenses são um meio de manter um controle de si em contextos no qual são pouco respeitadas por conta da gravidez adolescente

Referências

ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine. 1990. Introduction. In: ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine (orgs.). *Language and the Politics of Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 1-23.

ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de. 1987. *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro: Campus.

BARROS, Myriam Lins de et al. 2009. *Mulheres, geração e trabalho.* Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares, v. 11, n. 2, p. 335-351.

BOURKE, Joanna. 2014. *A story of pain: from prayer to painkillers.* Oxford: Oxford University Press.

CADONÁ, Eliane; STREY, Marlene Neves. 2014. *A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação*. Revista Estudos Feministas, v. 22, n. 2, p. 477-499. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2014000200005. Acesso em: 29 set. 2014.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. 2015a. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. 2015b. *"Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor": sofrimento no parto e suas potencialidades*. Sexualidad, Salud y Sociedad, n. 20, p. 91-112. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a. Acesso em: 1º set. 2018.

CARSON, Anna et al. 2017. *A narrative analysis of the birth stories of early-age mothers.* Sociology of Health & Illness, v. 39, n. 6, p. 816-831. Disponível em: https://www.ncbi. nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5516245/. Acesso em: 2 abr. 2018.

CHAZAN, Lilian K. 2007. *"Meio quilo de gente": um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

CSORDAS, Thomas. 2008. *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre: Ed. UFRGS.

DAVIS-FLOYD, Robbie. 1993. *The technocratic model of birth*. In: HOLLIS, Susan; PERSHING, Linda; YOUNG, M. Jane (orgs.). Feminist theory in the study of folklore. Urbana: University of

Illinois Press, p. 297-326.

DEL MONACO, Romina. 2014. *Emociones, género y moralidades: modos de padecer migraña en Buenos Aires, Argentina*. Antípodas – Revista de Antropología y Arqueología, n. 19, p. 121-142.

DIAS, Camila Manni do Amaral. 2016. *"Aqui a gente é tratada como pessoa, no hospital é como corpo": motivações e trajetórias de gestantes em uma Casa de Parto pública no Rio de Janeiro.* Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

DINIZ, Simone. 2005. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.* Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 627-637. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019. Acesso em: 10 mai. 2018.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. 1999. *O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna*. In: HEILBORN, Maria Luiza (org.). Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 21-30.

FERREIRA, Vitor Sérgio. 2010. *Tatuagem, body piercing e a experiência da dor: emoção, ritualização e medicalização.* Saúde e Sociedade, v. 19, n. 2, p. 231-248. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000200002. Acesso em: 20 ago. 2018.

FOUCAULT, Michel. 2012. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes.

HALBWACHS, Maurice. 1990. *A memória coletiva*. São Paulo: Vértice.

HIRSCH, Olivia. 2015. *O parto "natural" e "humanizado" na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro*. Civitas, v. 15, n. 2, p. 229-249.

LAYNE, Linda. 2006. *"Your child deserves a name": possessive individualism and the politics of memory in pregnancy loss*. In: BRUCK, G.; BODENHORN, B. (orgs.). The anthropology of names and naming. Cambridge: Cambridge University Press, p. 31-50.

LE BRETON, David. 2013. *Antropologia da dor.* São Paulo: Ed. Unifesp.

LUTZ, Catherine. 1990. *Engendered emotion: gender, power, and the rhetoric of emotional control in American discourse.* In: ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine (orgs.). Language and the Politics of Emotion. Cambridge: Cambridge University Press, p. 69-91.

MCCALLUM, Cecilia; REIS, Ana Paula dos. 2008. *Users' and providers' perspectives on technological procedures for "normal" childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil".* Salud Pública de México, v. 50, n. 1, p. 40-48. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342008000100010. Acesso em: 19 jun. 2017.

ORTNER, Sherry B. 2007. *Subjetividade e crítica cultural.* Horizontes Antropológicos, v. 13, n. 28, p. 375-405. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832007 000200015. Acesso em: 10 mai. 2018.

PULHEZ, Mariana Marques. 2013. *"Parem a violência obstétrica": a construção das noções de "violência" e "vítima" nas experiências de parto*. RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, v. 12, n. 35, p. 544-564. Disponível em: http://www.cchla.ufpb. br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf. Acesso em: 1º ago. 2019.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. 2006. *Biopower Today.* BioSocieties, n. 1, p. 195-217. Disponível em: https://doi.org/10.1017/S1745855206040014. Acesso em: 22 mai. 2017

REZENDE, Claudia Barcellos. 2011. *The experience of pregnancy: subjectivity and social relations*.

Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology, v. 8, n. 2, p. 527-549. Disponível em: http://www.vibrant.org.br/issues/v8n2/claudia-barcellos-rezende-the-experience-of-pregnancy/. Acesso em: 07 ago. 2019.

REZENDE, Claudia Barcellos. 2018. *Parto e sentidos da maternidade entre mulheres de camadas médias do Rio de Janeiro*. In: CONFERENCE PROCEEDINGS 18TH IUAES WORD CONGRESS. Miriam Pillar Grossi, Simone Lira da Silva et al. (orgs.). Florianópolis: Tribo da Ilha.

REZENDE, Claudia Barcellos. 2019. *Histórias de superação: parto, experiência e emoção.* Horizontes Antropológicos, v. 25, n. 54, p. 203-225. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832019000200203& lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 ago. 2019.

RUSSO, Jane et al. 2019. *Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado*. Mana, v.25, n.2, p.519-550. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1678-49442019v25n2p519. Acesso em:03 out 2019.

SALEM, Tania. 2007. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Ed. FGV.

SARTI, Cynthia A. 2001. *A dor, o indivíduo e a cultura*. Saúde e Sociedade, v. 10, n. 1, p. 3-13.

SCAVONE, Lucila. 2001. *Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero*. Interface, v. 5, n. 5, p. 47-60. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832001000100004. Acesso em: 20 jun. 2017.

TORNQUIST, Carmem Susana. 2002. *Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto*. Revista Estudos Feministas, v. 10, n. 2, p. 483-492. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016. Acesso em: 15 mai. 2018.

VELHO, Gilberto. 1981. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea.* Rio de Janeiro: Zahar.

Resumo: Neste artigo, examino como a dor enquanto evento põe em relevo, em narrativas de parto, a articulação entre corporalidade, emoção e contexto social, com destaque para os atores, saberes e valores em torno da medicalização e da maternidade. Comparo o modo como mulheres brancas de camadas médias do Rio de Janeiro de dois grupos etários, com idades entre 60 e 70 anos e 37-47 anos e formação universitária, falam da dor do parto. Apresento como as narrativas constroem o parto de forma distinta para os dois grupos etários – pouco preparado para as mais velhas, muito planejado para as mais jovens, refletindo assim sobre o lugar da agência em cada grupo e sua articulação com a maternidade. Parto de uma preocupação da emoção em discurso, cujos sentidos variam contextualmente, levando em conta que é um afeto vivido no corpo.. As emoções integram a subjetividade enquanto modos culturalmente formados de pensar e sentir, formando a agência baseada em desejos e intenções específicos. Argumento, assim, que a dor nas narrativas remete a uma percepção de si e de sua agência atravessada pelo gênero, em um contexto de medicalização do parto.

Palavras-chave: parto; dor; emoção; corpo; maternidade.

Abstract: In this article, I examine how pain as an event in birth narratives sheds light at the association of embodiment, emotion and social context, involving the actors, knowledge and powers of medicalization and the values of motherhood. I compare how white middle class women in Rio de Janeiro, with university education and ages between 60-70 years old and 37-47 years old, talk of childbirth pain. I analyse how these stories construct birth differently for these two age groups: with little planning by the older women, and as a detailed project for the younger, thus reflecting on their distinct forms of agency and on how they articulate with specific perceptions of motherhood. Emotions are analysed as a discourse, with meanings that vary contextually, being at the same time experienced in the body. Emotions are also part of subjectivity taken as culturally formed modes of thinking and feeling, which are the basis of agency understood as specific wishes and intentions. I thus argue that the pain mentioned in birth narratives refer to a gendered perception of oneself and one's agency in the context of the medicalization of birth.

Keywords: birth, pain, emotions, body, motherhood.